

GUIA DE TRAMITE

Trámite	Transferencia de Fondo de Comercio de Farmacia
Descripción	Requisitos para la Transferencia de Fondo de Comercio de Farmacia. Documentación correspondiente que debe presentar el interesado, en función a lo dispuesto por los Art. 1º a 7º de la Ley 11867 en concordancia con lo dispuesto por el Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303, Art. 25º y Decreto 2076/19.
Presentación	La solicitud se presenta con original, copia y escaneado, en formato PDF y en Pen Drive.
Responsable	Farm. Irma Inés Mango. Jefa Departamento de Farmacia.
Email	deptofarmacia@mendoza.gov.ar
Teléfonos	0261-4234715 / 0261-4255062
Oficina	Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 13 Hs.
Requisito del Trámite	Las partes compradoras y vendedor, deberán presentar en el Departamento de Farmacia: - Constancia de inscripción en Administración Federal de Ingresos Publico (AFIP) (CUIT y denominación) y certificación por Administración Tributaria Mendoza (ATM) que es contribuyente local. (Original y Fotocopia) - Completar Formulario de Transferencia de Fondo de Comercio (ANEXO IX-A) con documentación completa, firmada por las personas físicas o razón social de la persona jurídica, anterior, nueva y del Director Técnico. - Abonar el arancel correspondiente en el Departamento de Farmacia según Resolución N° 2899/2020.
Arancel Resol. N°2899/2020	\$ 5457.-
Observaciones	Para el caso en que se presente junto a la Transferencia de Fondo de Comercio un Cambio de Dirección Técnica y/o Cambio de denominación del establecimiento, se deberá iniciar expediente por separado, de acuerdo al procedimiento establecido para cada trámite y previo pago del arancel correspondiente. <u>Solo podrá ser presentado por la parte compradora del fondo de comercio del establecimiento cuando dicha transferencia se encuentre inscrita y regularizada en los términos de los Art. 1º a 7º de la Ley 11867 de acuerdo a lo establecido por los Art. 4º Ley 17565, Art. 2º Ley 7303, Art. 25º Decreto 355/09 y Decreto 2076/19.</u>
Solicitud	ANEXO IX -A "TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO"

REVISIÓN: 01-2021

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO FARMACIAS

ANEXO IX A – FARMACIA

Mendoza, ____/____/____. -

Sra. Jefa del
 Departamento de Farmacia
 Ministerio de Salud, D. Social y Deportes
 Farm. Irma Inés Mango
 S_____ / _____ D

De conformidad a lo solicitado en el presente formulario, los datos consignados por los abajo firmantes, tienen carácter de Declaración Jurada.

1°	NOMBRE DE LA FARMACIA:	<input type="checkbox"/>
2°	DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DISTRITO O SECCIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="checkbox"/>
3°	DATOS DE LA PROPIEDAD ANTERIOR: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA ANTERIOR <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS) <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y fotocopia) <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/> PROFESIÓN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4°	DATOS DE LA PROPIEDAD NUEVA: NOMBRE DE LA PERSONA FISICA O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA NUEVA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA	<input type="checkbox"/>

	(SRL - SOCIO GERENTE / SCS CUALQUIERA DE LOS SOCIOS) <input type="checkbox"/> NÚMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (Original y fotocopia) <input type="checkbox"/> DOMICILIO REAL <input type="checkbox"/> DOMICILIO LEGAL <input type="checkbox"/> TELÉFONOS <input type="checkbox"/> PROFESIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5°	COPIA DE LA TRANSFERENCIA DEL FONDO DE COMERCIO CERTIFICADA, INSCRIPTA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO (Ley 11867).	<input type="checkbox"/>
6°	COPIA DEL CONTRATO DE CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA, CERTIFICADO POR ESCRIBANO PUBLICO, EL QUE DEBE INCLUIR LA INSTALACION DE UNA FARMACIA COMO OBJETO SOCIAL Y ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO PÚBLICO DE SOCIEDADES (Art.7° Ley 19550 y Art. 6° Inc. c) Decreto 2076/19). ACREDITAR PERSONERIA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA	<input type="checkbox"/>
7°	CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP) – Nº DE C.U.I.T. Y DENOMINACIÓN (Fotocopia).	<input type="checkbox"/>
8°	CERTIFICADO DE CONTRIBUYENTE LOCAL DE LA PERSONA FISICA / RAZON SOCIAL DE LA PERSONA JURÍDICA, EMITIDO POR ADMINISTRACION TRIBUTARIA DE MENDOZA (ATM). EXCLUYENTE.	<input type="checkbox"/>
9°	DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA (Art. 6°, inciso C, Decreto 355/09).	<input type="checkbox"/>
10°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FISICA/JURÍDICA NO SE ENCUENTRA CONCURSADA NI FALLIDA. (Art.6° Inc. c) y d) Dto. 2076/19).	<input type="checkbox"/>
11°	CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, QUE ACREDITE QUE EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA NO SE ENCUENTRA CONCURSADO NI FALLIDO. (Art.6° Inc. c) Dto. 2076/19).	<input type="checkbox"/>
12°	CERTIFICADO EMITIDO POR EL REGISTRO DE INHIBICIONES DEL REGISTRO PÚBLICO Y ARCHIVO JUDICIAL DE MENDOZA QUE ACREDITE QUE LA PERSONA FISICA O LA PERSONA JURIDICA Y EL REPRESENTANTE LEGAL, NO SE ENCUENTREN INHIBIDOS PARA EJERCER ACTOS DE COMERCIO. (Art.6° Inc. c) y d) Dto. 2076/19).	<input type="checkbox"/>
13°	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA FISICA Y/O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA, EMITIDO POR EL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION (RENAPER) (Art.6° Inc. c) y d) Dto. 2076/19) VALIDEZ DEL CERTIFICADO: CINCO (5) DIAS A PARTIR DE LA EMISION DEL MISMO (Art. 6° Decreto Nº 2004/80 Reglamentario de la Ley 22117).	<input type="checkbox"/>

14°	<p>MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p>14.1 CON LABORATORIO (80 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. a) Decreto 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.1 PREPARACION DE FORMULAS MAGISTRALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.2 PREPARACION DE FORMULAS OFICIALES <input type="checkbox"/></p> <p>14.1.3 FRACCIONAMIENTO DE DROGAS <input type="checkbox"/></p> <p>14.2 SIN LABORATORIO (60 m2 COMO MÍNIMO (Art 7° Inc. b) Decreto 2076/19). NO PODRÁ RECEPCIONAR RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS, NII PREPARAR MEDICAMENTOS OFICIALES, NI FRACCIONAR DROGAS. <input type="checkbox"/></p> <p>14.3 CON ÁREA DE FRACCIONAMIENTO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE ENVASES HOSPITALARIOS O ENVASES DE MAYOR TAMAÑO <input type="checkbox"/></p> <p>14.4 CON LABORATORIO HOMEOPATICO (Art 10° Decreto 2076/19) <input type="checkbox"/></p> <p>14.5 CON ÁREA APLICACIÓN DE INYECTABLES / VACUNAS (Art.11° Decreto. 2076/19) <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
15°	<p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) DOMICILIO: TELÉFONOS:</p> <p>HORARIO DEL FARMACÉUTICO </p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSRIPTO 1: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) HORARIO:.....</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL FARMACEUTICO ADSRIPTO 2: NÚMERO DE MATRÍCULA (Original y Fotocopia): DNI: (Original y Fotocopia) HORARIO:</p>	<input type="checkbox"/>
16°	<p>CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA (Si correspondiera)</p> <p>FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO <input type="checkbox"/></p> <p>FARMACÉUTICO ADSRIPTO <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
17°	ARANCEL POR HABILITACION, RESOLUCION N° 2899/2020	<input type="checkbox"/>
18°	<p>SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE FONDO DE COMERCIO SUSCRIPTA EN FORMA CONJUNTA POR EL ANTERIOR PROPIETARIO, NUEVO PROPIETARIO Y POR EL FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO. (Último párrafo Art.6° Dto. 2076/19) DICHA SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. FIRMAS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO.</p>	<input type="checkbox"/>

“LA HABILITACION SE HARA EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCION MINISTERIAL”

.....
 FIRMA DEL PROPIETARIO **ANTERIOR**
 S.A. – PRESIDENTE **ANTERIOR**
 SRL - SOCIO GERENTE **ANTERIOR**
 OTRO
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
 FIRMA DEL PROPIETARIO **NUEVO**
 SRL - SOCIO GERENTE **NUEVO**
 OTRO
(MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

.....
FIRMA DIRECTOR TÉCNICO

REVISIÓN: 01-2021